POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPOŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty — ROCZNIK TRZECI — 1901.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej prof. Dra Macheka
we Lwowie.

1. Przyczynek do kazuistyki zaćm żelaznych.

Podał

DR ADAM BEDNARSKI,

I asystent kliniki.

Nazwę »zaćmy żelaznej« wprowadził Sattler[1]) dla zaćm, które zawierają w sobie kawałek żelaza, nadającego im charakterystyczne zabarwienie. Zaćmy te według Sattler'a są tem znamienne, że nie ulegają znaczniejszemu pęcznieniu, że są więcej zbite, skutkiem czego podobnie jak zaćmy starcze wymagają cięcia płatowego, że wreszcie włókna ich dobrze się utrzymują, nie ulegają łatwo rozpadowi skutkiem pewnego rodzaju nagarbowania. Sattler bowiem przypuszcza, że przy umiejscowieniu kawałka żelaza w soczewce zdaje się przy dosta-

[1]) H. Sattler: Zur operativen Behandlung der Eisen-Cataract. — Bericht über IX. internat. opht. Congr. in Utrecht 1899.

tecznej obecności tlenu (O) tworzyć się wprost $Fe_2 O_3$, który przy obecności substancyi organicznych (globulinów) pozostaje również w alkalicznem środowisku rozpuszczalnym i zdolnym do dyfuzyi. Część $Fe_2 O_3$ wchodzi z białkiem w połączenie nierozpuszczalne i sprawia przez to rodzaj nagarbowania, któremu zaćmy żelazne wyżej przytoczone znamiona zawdzięczają.

Na zjeździe oftalmologów w Utrechcie w r. 1899 przedstawił Sattler przypadek takiej zaćmy żelaznej. Niedawno miałem sposobność w klinice okulistycznej lwowskiej spostrzegać podobny przypadek, który pozwalam sobie poniżej opisać, dziękując prof. Drowi Machekowi za pozostawienie tegoż do mego użytku.

Historya choroby jest następująca:

Józef Maćkówka, lat 18, ślusarz ze Lwowa, zgłosił się do kliniki dnia 29/X. 1900. z powodu tego, że od miesiąca gorzej widzi prawem okiem. O tem, żeby miał ciało obce w oku, nic nie wspomina. Przy bliższem wypytywaniu się dopiero dowiadujemy się, że przed trzema miesiącami przy uderzaniu młotkiem o kawałek stali skoczyła mu okruszka stali do oka prawego, poczem jednak widział dobrze, a oko nie bolało ani nie czerwieniło się.

Stan obecny: Spojówka całkiem blada. Na środku rogówki tuż powyżej południka poziomego blizna linijna $2^1/_2$ mm. długa, biegnąca skośnie od dołu zewnątrz ku górze wewnątrz. W dolnym końcu blizny punkt brunatny wielkości końca szpilki. Przednia komora prawidłowej głębokości. Naprzeciwko blizny rogówkowej na torebce soczewkowej plama owalna 2 mm. długa, 1 mm. szeroka, brunatna, wysycona. Pod lupą Westhen-Zehendera widać, że plama ta składa się z drobnych ziarenek barwika, zbitych w środku, na obwodzie plamy zaś luźnie ułożonych. Plama ta zdaje się wystawać nieco nad powierzchnię. Tęczówka w górno zewnętrznym odcinku przy wewnętrznym brzegu lekko odbarwiona. Miejsce to przy zwężonej źrenicy przytyka do plamy na torebce. Soczewka zaćmiona okazuje lekko połyskujące kliny, wiele klinów jeszcze niezaćmionych. Pęcznienia wybitnego nie ma. W głębi zaćmionej soczewki w dolno wewnętrznym kwadrancie widać ciało obce trójkątne, leżące podstawą ku dołowi, wymiarów c. 2 mm. × c. 3 mm. W miejscu, gdzie leży ciało obce, igiełka sideroskopu Asmusa

wychyla się najbardziej (igła dotyka ściany rurki szklannej węższej). W obwodzie wychylenia igiełki szybko słabną.

Rozpoznanie: Cicatrix corneae, corpus ferreum in lente, cataracta traumatica, siderosis capsulae lentis oc. dextri.

3/XI. 1900. wykonano operacyę. Po cięciu rogówkowem linijnem wyrwano kawałek torebki i wyciągnięto z łatwością kawałek żelaza (wymiarów 2·5 × 1 × 0·35 mm., wagi 0·0075 gr.), poczem za lekkim uciskiem wyszła prawie w całości kawałkami miękka zaćma, miejscami wybitnie żółtawo zabarwiona, czego przy badaniu klinicznem przy oświetleniu ogniskowem dostrzedz nie było można. Część zaćmy zbadano natychmiast zapomocą rodanku potasu i kwasu azotowego, przyczem powstało wybitnie czerwone zabarwienie zaćmy.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

11/XI. 1900. V. pr. palce: 0·5 m. $^6/_8$ c + 11,0 D.

Czyta Jägera Nr 2 c + 14,0 D. płynnie.

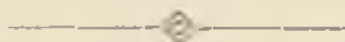
Wziernikiem widać dobrze tarcz i dno prawidłowe. Pole widzenia prawidłowe.

Barwy rozpoznaje dobrze.

Badanie anatomiczne: Formalina. Alkohol. Celluloidyna. Perls. Carmin ałunowy. Skrawki po włożeniu do rozczynu żelazosinku potasu i kwasu solnego (metodą Perlsa) okazują wybitne niebieskie zabarwienie. Nie wszystkie jednak części zaćmy dają odczyn błękitu berlińskiego. Jedne barwią się jednostajnie niebiesko, drugie wcale się nie barwią, inne okazują przejście od silnie niebieskiego zabarwienia aż do bezbarwnego. To samo stwierdzić można przy badaniu drobnowidowem, przy którem widzimy, że najwybitniej niebiesko barwi się istota kitowa. tak że granica między pojedynczemi włóknami bardzo wybitnie się zaznacza. Włókna soczewkowe wogóle są bardzo dobrze utrzymane. gdzieniegdzie tylko widać rozpad, to jest masę, w której obrysów włókien rozróżnić nie można, a odnosi się to tylko do tych części, które nie dają reakcyi Perlsa. Obok tego widzimy tu i owdzie w miejscach zabarwionych niebiesko wakuole. —

Ciało obce żelazne w przypadku tym pozostawało w soczewce przez 3 miesiące. Z powodu urazu przyszło do zaćmy. W miejscu, gdzie torebka soczewki była skaleczona przez ciało obce, przyszło do bujania przybłonka torebkowego i do osadzania się w nim żelaza w formie nierozpuszczalnej, co klinicznie można było stwierdzić w postaci plamy rdzawej. Głównie zaś żelazo osadzało się w zaćmie. Na preparatach drobnowidowych stwierdziliśmy, że nie wszystkie części zaćmy dawały

odczyn Perlsa, mimo trzechmiesięcznej obecności żelaza w zaćmie, długi więc czas jeszcze żelazo mogłoby pozostawać w zaćmie, nimby ta stała się w całości zaćmą żelazną. Podczas operacyi nie stwierdziliśmy, aby zaćma była zbitszą, owszem z łatwością wychodziła kawałkami miękkimi, jądra twardszego nie było również. Nie odpowiadałoby to twierdzeniu Sattlera, że zaćmy, w których tkwi żelazo czas dłuższy, są zbitsze — Prawda, że tutaj żelazo tkwiło w zaćmie tylko trzy miesiące i że wiele kory nie dawało reakcyi błękitu berlińskiego, być więc łatwo może, że przy dłuższej obecności żelaza zaćma nabrałaby większej zbitości. Przemawiałoby za tem zachowanie się włókien soczewkowych, gdyż na preparatach widzimy, że postać włókien dających reakcyę na żelazo jest całkiem dobrze utrzymaną, te zaś, które nie dają reakcyi, uległy rozpadowi. Do znaczniejszego pęcznienia w moim przypadku nie przyszło, co odróżniałoby znacznie zaćmy żelazne od zaćm urazowych zwykłych, ale sądzę, że trzeba większej liczby spostrzeżeń celem stwierdzenia tego, gdyż nie każda urazowa zaćma równie łatwo pęcznieje.



2. Słów kilka w sprawie lekowego zwalczania jaskry.

Napisał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Czterdzieści prawie mija lat od czasu, kiedy ten sam genialny Graefe, który, podając nam irydektomię jako środek jedynie pewny przeciw jaskrze, którą aż do owej chwili uważano za absolutnie do ślepoty prowadzące cierpienie, już tym samym pomysłem tytuł do nieśmiertelnej wdzięczności u cierpiącej zyskał sobie ludzkości, pierwszy po przedwstępnych doświadczeniach Frazera, Argyll-Robertsona, Bowmana, Soelberg-Wellsa wykazał, że wyskokowy wyciąg bobu kalabarowego przeciw jaskrze także skutecznym być może lekiem [1]).

Dużo jednak upłynęło od owej chwili czasu, zanim przez doświadczalne prace Laqueura, a więcej może jeszcze We-

[1]) Arch. f. Ophthalm. T. IX. 3, str. 129.

bera[1]), zapoznano się lepiej ze sposobem działania tego cennego środka. Zmienność składu preparatu, trudne tegoż dawkowanie — były niewątpliwie powodem, że mimo znanych zalet lek ten nie umiał zyskać sobie prawa obywatelstwa w skarbnicy środków okulistycznych. A na dowód tego niechaj mi wolno będzie tutaj przytoczyć wspomnienie osobiste.

Kiedy, po wypróbowaniu wyciągu kalabarowego przeciw jaskrze w czasie mej asystentury u ś. p. Aleks. Pagenstechera w latach 1875 i 1876, w roku następnym, bawiąc czas dłuższy w Londynie, sprawę działania kalabaru w jaskrze poruszyłem w potocznej rozmowie z Sir Bowmanem, tenże, mimo, że dziesięć lat przedtem nad środkiem tym sam robił w celach okulistycznej terapii doświadczenia, zachwycony był dodatnimi wynikami, o których mu referowałem, i postanowił w tym kierunku właśnie wyciągu kalabaru raz jeszcze doświadczać.

Czynnik działający tego przez Daviela do Anglii najprzód wprowadzonego leku doznał dopiero wtenczas właściwej oceny, gdy chemii udało się wytworzyć alkaloid i sole tegoż. Był to Vée, który pierwszy eserynę wytworzył, a Wecker w Paryżu, jeżeli się nie mylę, pierwszy[2]) siarczan eseryny do okulistyki wprowadził.

Ruchliwy i słusznie ceniony paryski okulista stosował rozczyn 1% i odtąd też ogólnie w 1 albo ½% rozczynach środek ten bywa stosowany, lubo Hager[3]) wyraźnie podaje dla fizostygminy i siarczanu fizostygminy jako właściwy dla oka rozczyn w stosunku 0,1 : 100—150,0 wody. Dziwnym sposobem mimo to prawie zawsze tylko mocniejszych używano dotychczas rozczynów eseryny i tej to pewnie okoliczności przypisać trzeba, że nie umiano dość ocenić skuteczności jej w praktyce codziennej, gdyż eseryna w tak silnych rozczynach, w jakich za przykładem Weckera okuliści ją stosują, wywołuje nieprzyjemne objawy, o których zaraz pomówimy.

---

[1]) Arch. f. Ophthalm. XXII. 4. 215.

[2]) Klin. Monatsblatt f. prakt. Augenheilkunde. 1877, str. 60.

[3]) Handbuch der pharmaceutischen Praxis. 1882, str. 681.

Chociaż środek obecnie ogólnie przeciw jaskrze bywa uznany za dobry dla prędkiego i zazwyczaj wydatnego działania, chociaż rozmaici lekarze, doświadczający tego leku, podnoszą tę właśnie zaletę, że eseryna źrenicę doskonale zwęża, wzmożone napięcie obniża, a wzrok podnosi, to jednak w tych pieśniach pochwalnych wyróżnia się pewna nuta nieharmonijna. Wywołuje ją doświadczenie, że eseryna zastosowana do oka sprawia ból często bardzo dokuczliwy, połączony nawet z wymiotami, a dalej powoduje wynaczynienia do ciałka szklistego, do naczyniówki i siatkówki. Już Weber[1]), omawiając działania bobu kalabarowego, zwraca na to uwagę, zaznaczając: »dass die beim Glaukom maechtig angeschwollenen Gefaessconvolute der Ciliarfortsaetze durch die in Folge der Calabarwirkung verursachte Turgescenz zur Berstung kommen koennen«.

Doświadczenie to często niestety robimy i temu to przypisać pewnie wypada, że wielu operatorów woli raczej zaraz przystąpić do irydektomii, choć w ostrym stanie jaskry trudnej, aniżeli stosować środek bolesny i w skutkach niebezpieczny.

Eseryna posiada prócz przytoczonych wad jeszcze inną, a mianowicie niestałość w składzie chemicznym i zmienną skuteczność. Jak wiadomo świeży, lekko żółtawy rozczyn, po kilku dniach, a nawet latem już po 24 godzinach przybiera barwę lekko czerwonawą, z czasem nawet ciemnoczerwoną, co jest następstwem wytworzenia się oksydacyjnego produktu, przez Duquesnela nazwanego rubreseryną, który daje się usunąć przez kwas siarkowodowy, kwas siarkawy i węgiel. Rubreseryna osłabia działanie środka tego. Natomiast wodobromek eseryny i salicylan w rozczynach wodnych z dodaniem gliceryny odznaczają się trwałością i nie podlegają zmianom.

Obok eseryny posiadamy inne mioticum, dziś bardzo już rozpowszechnione, to jest pilokarpinę, po raz pierwszy przez Mercka w Darmstadcie wytworzoną, a przez A. Webera w r. 1875 do okulistyki wprowadzoną. Pilokarpina nie dzieli ujem-

---

[1]) L. c. 229.

nych skutków eseryny, ale za to też daleko mniej silnie działa na zwężenie źrenicy, a jeszcze mniej na mięsień rzęskowy. W ostrej jaskrze pilokarpina zwęża niedostatecznie źrenicę, a nieraz i w jaskrze prostej przewlekłej także działanie pod tym względem pozostawia niejedno do życzenia; zwłaszcza po dłuższem używaniu skuteczność zdaje się osłabiać.

Zastanawiając się nad przyczynami ujemnego działania eseryny, przypuszczałem, że zależnem ono jest od zastosowania środka zbyt mocnego.

Rzeczywiście zastosowanie 1% rozczynów przekracza o wiele istotną potrzebę, a według moich doświadczeń $^1/_{10}$, a nawet $^1/_{15}\%$ eseryna najzupełniej spełnia zadanie, jakiego się po tym środku spodziewamy. Oczywiście winniśmy eserynę kilka razy w odstępach $^1/_2$godzinnych stosować. Skoro nam jednak przy jaskrze ostrej, a więcej jeszcze błyskawicznej na tem zależy, aby jak najszybciej i najenergiczniej na zwężenie źrenicy podziałać, dobrze połączyć z wpuszczeniem silniejszej eseryny, a mianowicie $^1/_2\%$, podskórne zastrzyknięcie morfiny (5 mgr.) w okolicy oka. Działanie eseryny występuje wtenczas silniej i bezboleśnie. Według mego doświadczenia w tych właśnie razach wiek chorego nie stanowi żadnego przeciwwskazania do stosowania morfiny.

W ten to sposób niejednokrotnie udawało mi się ostry napad jaskry szybko i bezboleśnie usunąć, a oko do właściwej przygotować operacyi.

Skoro tylko osiągnęliśmy zwężenie źrenicy przez eserynę, stosujemy nadal zapobiegawczo już tylko pilokarpinę, która w celach miotycznych w rozczynach 2% używaną być winna.

Niekiedy zdarza się, że wzmożone napięcie gałki nie obniża się pod wpływem eseryny, podczas kiedy pilokarpina zwężenie i obniżenie napięcia sprowadziła. Niezwykły ten i dziwny objaw tłómaczę sobie tem, że w danych razach mamy do czynienia ze silniej rozwiniętym mięśniem rzęskowym, którego przez eserynę wywołany skurcz spowodować może równocześnie nawał w wyrostkach rzęskowych, a jeżeli przytem korzystne istnieją warunki anatomiczne. jak wązki przestwór naokołoso-

czewkowy, w małych oczach, o względnie wielkiej soczewce[1]), przychodzi do zupełnego odgraniczenia ciała szklistego od tylnej komórki, a tem samem do utrudnionego odpływu limfy z ciała szklistego do tylnej, względnie przedniej komórki.

Przy stosowaniu pilokarpiny nie zdarzały mi się takie przypadki, prawdopodobnie dlatego, że pilokarpina właśnie niewiele na mięsień rzęskowy działa.

Jak wiadomo, ani eseryna, ani też pilokarpina fizyologicznie napięcia wśródgałkowego nie obniża; obniżenie po tych środkach następuje tylko wtenczas, jeżeli napięcie wzmożone było następstwem rozszerzenia źrenicy, lub z niem połączone. W tych razach środki powyższe, zwężając źrenicę, tęczówkę odzmarszczają, o tyle naturalnie, o ile tęczówka nie uległa już zanikowi, i drogi odpływowe, jak przestwór Fontany, kanał Schlema, od zapory uwalniają.

Środki rozszerzające źrenicę fizyologicznie obniżają napięcie, z wiadomych jednak każdemu okuliście powodów nie możemy ich przeciw jaskrze używać. Znaną jest rzeczą, że nawet tak silnie napięcie obniżająca kokaina może w usposobionych do tego oczach napad jaskrowy wywołać.

Skoro to ujemne działanie zależnem jest tylko od rozszerzenia źrenicy, zdawałoby się rzeczą prawdopodobną, że przeciwdziałając temu skutkowi środkiem zwężającym źrenicę, możnaby przecież korzystać z tak wybitnych fizyologicznych własności kokainy pod względem znacznego obniżenia napięcia.

Założenie to istotnie mnie nie zawiodło, a w wielu przypadkach ostrej jaskry, więcej jeszcze w przypadkach prostej jaskry przewlekłej używam od szeregu lat, i to ze skutkiem, połączenia kokainy ze środkami zwężającymi źrenicę.

Udawało mi się w ten sposób jaskrę przewlekłą przez wiele lat trzymać na wodzy bez operacyi, która, jak wiadomo, w tej właśnie postaci jaskry jest w skutkach problematyczną. Wypróbowałem mianowicie następujące połączenie środków: Rp. *Eserini salicylici 0,01. Pilokarpini mur. 0,2.*

---

[1]) Priestley-Smith.

Cocaini mur. 0,05—0,1. Aq. dest. 10,0. W tym składzie pilokarpina i eseryna zupełnie przeciwdziałają wpływowi kokainy na rozszerzenie źrenicy, nie znosząc jej działania znieczulającego i zwężającego naczynia, a tem samem obniżającego napięcie wśródgałkowe. W jaskrze prostej przewlekłej polecam zapuszczać tylko na noc kroplę do oka chorego, w napadach przyostrych oczywiście częściej.

Między wielu chorymi, w ten sposób leczonymi, zaznaczam chorą, którą od 20 lat dla prostej przewlekłej jaskry od czasu do czasu widuję. Operacya *(sklerotomia)* za jej przypadkowej bytności w Paryżu wykonana ponownie na obu oczach przez jednego z tamtejszych okulistów, nie była w stanie powstrzymać cierpienia w postępie powolnym, choć ciągłym, który jednak ustał, odkąd od kilku lat chora używa z mego polecenia powyższych kropel. Ile razy w następstwie dość częstych moralnych wstrząśnień stan oczu pogarsza się, kilkakrotne zapuszczenie szybko pogorszenie usuwa, stan dawniejszy przywraca. Tak wzrok naosiowy jak i pole widzenia u chorej tej pozostają od kilku lat niezmienione. Wobec podobnych dość zresztą licznych doświadczeń nie kwapię się przy tej postaci jaskry do operacyi, a sumiennie kolegom powyższe połączenie środków, zwężających i rozszerzającego źrenicę, polecić mogę.

Oczywiście i przy ostrej jaskrze właśnie to połączenie jest bardzo skuteczne, ale nie ograniczam się oczywiście do środka samego, lecz zaraz po możliwie osiągniętem zwężeniu źrenicy przystępuję do operacyi, to jest do irydektomii.

Tam, gdzie eseryna, a także i połączone środki nie skutkują, co tylko wyjątkowych dotyczy przypadków, przystępuję zaraz do operacyi, które wykonuję stosownie do poszczególnych wskazań.

Z uniw. kliniki okulistycznej Radcy Prof. Dra Wicherkiewicza
w Krakowie.

3. Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce.

Podał
DR STEFAN ŁUNIEWSKI.

Dokończenie.

W cierpieniach *przewodu łzowego,* mianowicie w zwężeniach ścięgnistych zastawek kanału noso-łzowego można było przekonać się, że po kilkakrotnem wstrzyknięciu do przewodu zgłębnik daleko swobodniej przechodził, a chorzy przestawali się skarżyć na łzawienie. Trzeba tylko pamiętać wstrzykiwać słabe 1—2$^{0}/_{0}$ rozczyny, gdyż silniejsze sprawiają dosyć dotkliwy i długotrwały ból w okolicy woreczka, w czole i w nosie, chociaż i po słabych rozczynach występuje zazwyczaj zaczerwienienie i obrzmienie spojówki, co wielce chorych przestrasza, — jak również pewne pobudzenie do kichania, uczucie pieczenia w nosie i objawy kataru, spowodowane naturalnie silnym obrzękiem błony śluzowej nosa.

Najwięcej jednak podpada pod uwagę błogie działanie dyoniny przy *zapaleniach tęczówkowych,* usuwa bowiem dokuczliwy ból a, co najważniejsze, wspomaga i przyspiesza działanie atropiny. W przypadkach, gdzie, pomimo kilkakrotnego zapuszczenia atropiny z kokainą, nie udało nam się rozszerzyć źrenicy, następne zapuszczenie silniejszych (10$^{0}/_{0}$) rozczynów dyoniny powodowało całkowite rozszerzenie. Nawet w przypadkach, gdzie wytworzyły się tylne przyczepiny, do pewnego stopnia jesteśmy w stanie je rozerwać. Natomiast w zapaleniach jagodówki przewlekłych pozostawała bez skutku, co tłómaczyć możemy tem, że w tkankach do pewnego stopnia zwyrodniałych trudno jest czemkolwiek przywrócić żywotność tychże.

Nie chcemy przesądzać, ale najlepsze wyniki można było otrzymać w *zmętnieniach ciała szklistego* i w jednym przypadku częściowego odczepienia siatkówki. Ze względu więc na ważność przypadku niech mi wolno będzie przytoczyć go w krótkości.

Feliksa C., l. 35, przybyła w końcu marca b. r. do kliniki, skarżąc się na znaczne pogorszenie wzroku prawego oka, który jednak obuocznie od dzieciństwa miał być bardzo krótki. Pogorszenie trwa mniej więcej od tygodnia, kiedy zauważyła w prawem oku błyski, a wkrótce potem czarną plamę. Badanie wziernikiem wykazało: znaczne zaćmienie ciała szklistego w postaci płatów, ruchome. Około tarczy od skroni duże staph. post. Fundus tabulatus. Górą zewnątrz dosyć duże odczepienie siatkówki w postaci pęcherza, zwieszające się niemal do tarczy i plamki żółtej. Naczynia ponad niem silnie napięte. Szczyt wypuklenia najlepiej widać przez + 5 D. V. p. o. = palce : 2,5 m., szkła nie popr. Pole widzenia ogólnie ścieśnione, w nosowo-dolnym wycinku ubytek sięgający prawie środka. Rozpoznanie: Myopia fortis. Opacitates corp. vitr. Staph. post. Ablatio retinae oc dextr. Leczona do połowy kwietnia wedle ogólnych zasad, bez przedmiotowej ani podmiotowej poprawy. Zaczęto stosować dyoninę w 5% rozczynie 2 razy dziennie, do której chora nadzwyczaj szybko przyzwyczaiła się, tak, że w końcu zasypywanie proszku nie wywoływało nazbyt silnego odczynu. Badanie z końcem kwietnia wykazuje: zmętnienie ciała szklistego mniejsze, drobniejsze; dno widać dobrze, oderwania siatkówki nigdzie znaleźć nie można, górą zewnątrz lekkie przyćmienie tylko siatkówki. V. p. o. = palce : 6 m. Mp. 14 D. Snell. 0,8 na 10 ctm. Pole widzenia nie wykazuje poprzedniego ubytku. Wobec zupełnego przyzwyczajenia się chorej do dyoniny, podawano dalej natr. jod., zakładano opaskę i zalecono spokój. Stan od tego czasu coraz bardziej się polepszał, tak, że przy opuszczaniu kliniki d. 17/V wzrok wynosił: $^{6}/_{60}$—$^{6}/_{36}$. Mp. 14. Sn. 0,6 : 8 ctm. Pole widzenia lekko ścieśnione. Ophth.: zaćmienia ciała szklistego punkcikowate, odczepienia siatkówki niema.

Przypadek ten, jak widać, dłuższy czas opierał się pierwotnemu leczeniu, po zastosowaniu dyoniny został wyleczony; czy to nastąpiło *propter hoc,* czy *post hoc,* trudno twierdzić na mocy tego jednego przypadku. W każdym razie można sobie pomyślny wynik wytłómaczyć tem, że wysięk surowiczy, który spowodował odczepienie, wskutek wzmożonego przez dyoninę

obiegu limfy szybko został wessany, dalej, że przypadek był świeży, a oderwanie niezbyt rozległe. To ostatnie o tyle ważne, że w innych przypadkach, gdzie oderwanie było bardzo rozległe, lub całkowite, stosowanie dyoniny nie wywierało skutku. W powyżej zaś opisanym przypadku nie trzeba zapominać, że równocześnie podawano Natr. jod. i zalecono bezwarunkowy spokój, co wszystko niewątpliwie wspomagało działanie dyoniny.

Lecz na dowód, że w tym przypadku mogła rzeczywiście i dyonina pomódz, nie od rzeczy będzie wspomnieć o sposobie leczenia oderwań siatkówki, poleconym przez Mazzoli'ego[1]), który w tych przypadkach zastrzykuje pod spojówkę co 3—5 dni rozczyny soli kuchennej od 2—4%, przyczem stwierdził, że mocniejsze rozczyny są nawet skuteczniejsze. Tłómaczy zaś to w ten sposób, że znaczenie lecznicze tych zastrzykiwań nie polega na wzmożonym obiegu limfy, ale na innem, chemicznem działaniu na wysięk pozasiatkówkowy, wskutek czego tenże staje się zdatniejszym do wessania. Wiadomo bowiem, że chlorki alkalii wywołują tłuszczowe zwyrodnienie tkanek, tem samem więc przyczyniają się do ich rozpadu i łatwiejszego wessania. Wychodząc z tej samej zasady, można przyjąć, że i dyonina, jako chlorek, podobną rolę odegrać mogła.

Nie mniej ciekawy, a pouczający był następujący przypadek:

Chory G., 60letni, z *ogólną miażdżycą* naczyń, z śledzioną i wątrobą powiększoną, macalną, w moczu mała ilość białka, przyjęty został do kliniki. Ophth.: w obu oczach zaćmienie drobne ciała szklistego; dookoła tarczy szerokie staph. post. W prawem oku w plamce żółtej świeże ognisko krwotoczne, w lewem dawne. Oprócz tego ogniska zapalne w naczyniówce, znacznie liczniejsze w lewem oku. V. p. o. = $^6/_{36}$. Mp. 11 D. J. h. 5 = 8 ctm. V. l. o. = palce : 1,5 m. szkła n. p. J. h. N. 18 = 10 ctm. Leczenie: Dyonina od 2%, kąpiele nóg, pijawki za ucho, środki przeczyszczające. Po kilku dniach chory podawał, że na lewe oko doznał poprawy znacznej, ale na

---

[1]) Arch. di Ottalmol. Fasc. 7. 1900.

prawem czuje pogorszenie. Badanie wykazuje: V. p. o. = $^{6}/_{60}$—$^{6}/_{36}$. Mp. 11. J. h. 13 przy oku. V. l. o. = palce na 3 m. J. h. 15 na 10 ctm. Wziernikiem okazało się, że w prawem oku przyszło do świeżego wylewu krwi w okolicy tarczy i w pobliżu plamy żółtej. Z tego przypadku widać, że dyonina, jak to później zobaczymy, działając tutaj na chorobowo zajęte ściany naczyń, przyczyniła się niewątpliwie do świeżego wylewu krwi. Dlatego trzeba być ostrożnym w stosowaniu jej u osób starszych, okazujących zmiany miażdżycowe.

W końcu stosowaliśmy ją w kilku przypadkach *ostrej* i *przewlekłej jaskry,* jak również przy *zaćmach* pęczniejących *po dyscysyi,* jednakże bez widocznego skutku.

Z zestawienia tych przypadków już po części można sobie wyrobić sąd o wartości dyoniny w okulistyce. Nim jednak przystąpię do ostatecznych wniosków, chciałbym odpowiedzieć na pytania, które postawiłem sobie na początku doświadczeń, a to: 1) czem wytłómaczyć sobie dodatnie działanie dyoniny? 2) co wywołuje w oku?

W tym celu podjąłem badania na zwierzętach; jednakże przekonałem się, że nie u wszystkich zwierząt dadzą się wywołać te objawy, które widzimy na oku ludzkiem, n. p. u królika, morskiej świnki i myszy zapuszczanie dyoniny pozostaje bez najmniejszego widocznego skutku, zaś u psów i koni wywołuje wszystkie te same objawy, co u człowieka.

W doświadczeniach nie chodziło mi na razie o wykazanie dróg limfatycznych, nad któremi już tak wielu pracowało, że wymienię tylko Knies'a[1]), Pflüger'a[2]), Leber'a[3]), Schwalbe'go[4]) i wielu innych, ale chciałem się dowiedzieć, w które

---

[1]) Knies: Zur Lehre v. den Flüssigkeitsstromungen im lebenden Auge... — Virchov's Arch. f. pathol. Anatomie.

[2]) Pflüger: Zur Ernahrung d. Cornea. — Klin. Monbl. f. Augenheilkunde. 1882.

[3]) Leber Th.: Der gegenwartige Stand unserer Kenntnisse von Flüssigkeitswechsel d. Auges. — Anatomische Hefte. 1894. Bd. 4.

[4]) Schwalbe: Untersuch. über d. Lymphbahnen d. Auges. — Arch. f. mikrosk. Anatomie. 1870. Bd. 6.

przestwory i o ile prędzej przeniesione zostają cząstki jakiegoś nierozpuszczalnego ciała w oku, do którego zapuściliśmy dyoninę, a w oku prawidłowem. Dlatego nie użyłem fluorescyny, ani żelasinku potasu, lecz, podobnie jak Taguchi[1]), użyłem japońskiego tuszu. Po odpowiedniem roztarciu i przygotowaniu, wstrzyknąłem psu, w narkozie chloroformowej, po 2 podziałki sikawki Pravatz'a do ciała szklistego równocześnie do obu ócz. Miejsca wkłucia wybrałem mniej więcej w równiku poza przyczepem mięśnia prostego zewnętrznego. Następnie do jednego oka zasypałem proszku dyoniny. Po 40 minutach zabiłem zwierzę i wyłuszczyłem gałki, które natychmiast włożyłem do 4% formaliny. Skrawki później barwiłem hematoksyliną Ehrlich'a i eozyną, lub hematoksyliną i metodą van Gieson'a.

Już makroskopowo oglądając skrawki z gałki, na którą zastosowano dyoninę, widać silniej ubarwioną, względnie uczernioną okolicę ciała rzęskowego, więzadła grzebieniastego (lig. pectinatum) i tęczówki. Pod mikroskopem zaś można stwierdzić, że tak w jednem, jak i w drugiem oku cząstki tuszu pochłonięte są głównie przez ciało rzęskowe, tęczówkę i kanał Schlemm'a, daleko jednak w wyższym stopniu w oku z dyoniną. Szczególnie lig. pectinatum i utworzony z niego kanał Schlemm'a, dalej granica rogówko-twardówkowa i błona Descemet'a nadziane są barwikiem. Przypatrując się dalej skrawkowi z oka z dyoniną, widać, że żyły rzęskowe średnie są rozszerzone, o śródbłonku jakby rozluźnionym, w świetle ich bardzo duża ilość ciałek białych, które można znaleźć i poza ścianami naczynia. Podobny obraz daje spojówka gałkowa, a tkanka podspojówkowa (episclera) przedstawia sieć jakby z porozrywanych pojedynczych włókien tkanki łącznej. W oczkach tej sieci tu i owdzie ciałka białe; wszędzie żyły porozszerzane, wypełnione obficie ciałkami czerwonemi. Pomiędzy włóknami twardówki dość sporo barwika, najwięcej przy

[1]) Taguchi: Über kalte Injectionen mit japan. Tusche. — Arch. f. mikr. Anat. 1888. Bd. 31.

pochewce nerwu wzrokowego. W ciele zaś szklistem, o ile się zachowało, bardzo nieznaczna ilość tuszu.

Doświadczenie, może nie z taką precyzyą zrobione, jak innych autorów, wykazało przecie po części, że prąd, unoszący cząstki barwika, daleko szybszy musiał być w oku z dyoniną, aniżeli w prawidłowem; dalej, że w naczyniach żylnych wywołany jest dosyć znaczny zastój; wreszcie, że przestwory limfatyczne są porozszerzane.

Ciasne ramy niniejszej pracy nie pozwalają mi zastanawiać się bliżej nad sprawą przemiany materyi w pojedynczych częściach oka i zbijać lub potwierdzać teoryi Pflüger'a, Ulrich'a, Fuchs'a i innych, ograniczę się tylko na stwierdzeniu, że dyonina wywołuje silniejszy i żywszy obieg limfy w przestworach przednich i tylnych limfatycznych (vordere u. hintere Lymphbahnen).

Nadmienić jeszcze muszę, że wykonanie doświadczenia było nieco odmienne, gdyż wprowadziłem barwik do ciała szklistego, a nie obwodowo; chodziło mi bowiem więcej o wykazanie dróg odprowadzających, niż o drogi odżywiające.

Zbierając teraz o dyoninie to wszystko, co mogłem stwierdzić w spostrzeżeniach klinicznych i obrazach histologiczno-anatomicznych, dochodzę do następujących wyników:

1) Dyonina, wywołując zmiany bliżej nam nieznane w przybłonku (epithelium) ścian naczyń włosowatych, powoduje obfitsze wydzielenie się plazmy krwi w luźną tkankę łączną, tworzącą przestwory, służące do ostatecznej przemiany materyi. Naodwrót silnie wypełnione przestwory uciskają do pewnego stopnia wiotkie ściany naczyń żylnych i tem samem wywołują zastój, wzmagający się w miarę coraz większego wypełniania się tych przestworów. Ten nadmiar cieczy, niewątpliwie przyczyniający się do lepszego odżywienia komórek, po zaprzestaniu działania dyoniny zostaje odprowadzony, zabierając z sobą patologiczne wytwory.

2) Działając bezpośrednio na powierzchowne części oka i wzmagając obieg limfy w przednim odcinku gałki, pośrednio można go przyspieszyć i w tylnym.

3) Przez silne wypełnienie przestworów limfatycznych wywołany jest ucisk na zakończenia nerwowe, może nawet wywołujący chwilowe porażenie tychże, czem można wytłómaczyć dłużej trwające działanie analgetyczne i szybsze rozszerzenie się źrenicy po atropinie (poraża zakończenia n. oculomotorii).

Z tych zaś wyników można wysnuć ostateczne wnioski:

a) Dyoninę należy stosować wszędzie tam, gdzie trzeba nam: 1. szybko usunąć produkta zapalne, 2. lub wysięki surowicze, 3. wywołać dłużej trwające znieczulenie oka.

b) Nie stosować jej z powodu tego, że działa na naczynia u ludzi starszych, okazujących zmiany miażdżycowe.

W zakończeniu niech mi wolno będzie podziękować czcigodnemu mojemu Szefowi, Radcy Prof. Dr. Wicherkiewiczowi, za łaskawie odstąpiony mi materyał i za zachętę do spisania niniejszych doświadczeń.

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. Tom XLII. zesz. 3.

XIV. *Przypadek jaskry po zapuszczeniu euftalminy.* (Ein Glaucomanfall nach Einträufelung von Euphthalmin). H. Knapp tłómaczone przez Dr G. Abelsdorffa.

Przypadek, w którym wystąpiła ostra jaskra po zapuszczeniu do worka spojówkowego dwu kropli 7,5°/$_0$ rozczynu euftalminy, dotyczył 62letniej chorej. Oko lewe było ociemniałe z powodu absolutnej jaskry, oka zaś prawego po korekcyi szkłami bystrość wzroku była prawidłową. Tak samo było pole widzenia i napięcie na prawem oku prawidłowe. Bezpośrednio po użyciu euftalminy wystąpiły wszystkie objawy ostrej jaskry, które autor usunął przez zapuszczenie 1°/$_0$ rozczynu ezeryny. Po kilku dniach wykonał on na tem oku irydektomię. Pouczony tym przypadkiem, zwraca w końcu uwagę, że euftalmina może, wbrew dotychczas istniejącemu doświadczeniu, wywołać podwyższenie napięcia gałki ocznej, podobnie jak atropina i inne środki, służące do rozszerzenia źrenicy.

T. Bałłaban.

XV. *O porażeniu mięśni zewnętrznych.* (Ueber Lähmung der Seitwärtswender). Dr Otto Wernicke.

Autor opisuje bardzo zajmujący przypadek porażenia obu mięśni prostych zewnętrznych wskutek gruzełków *(Tuberkel)* w mostku. Przypadek ten nabiera tem większego znaczenia, że zrobione za życia rozpoznanie siedliska choroby zostało potwierdzone sekcyą.

I. A., 30letni chory, przebył w r. 1892 kiłę. W lutym 1899 zauważył on silne zawroty głowy, przeczulicę i znaczne osłabienie sił w kończynach dolnych i górnych. Równocześnie wystąpiło upośledzenie wzroku, które się ciągle wzmagało. Poza tem dały wywiady stanu ogólnego wynik ujemny.

Badanie wykazało prątki gruźlicze w plwocinach i daleko posuniętą gruźlicę płuc. Objaw Romberga był w najwyższym stopniu uwidoczniony. Po prawej połowie ciała było czucie bólu obniżone, a odruchy kolanowe były obustronnie znacznie zwiększone.

Przy utrzymanej akomodacyi była bystrość wzroku obustronnie o połowę zmniejszoną. Obie gałki oczne zewnętrznie prawidłowe, tak samo i poruszenia niemi ku górze i dołowi. Natomiast nie mógł chory zupełnie poruszać ócz ku stronie lewej lub prawej. Oddziaływanie źrenic i dno oka były prawidłowe. Badanie nerwu nosowego, trójdzielnego i twarzowego dało wynik ujemny. Mowa, czucie smaku i połykanie były prawidłowe. Sfera duchowa była u chorego nieco zaburzoną. Wśród utraty przytomności umarł chory w miesiąc po przyjęciu go do szpitala.

Sekcya zwłok wykazała gruźlicę płuc z rozpadami w tychże.

W mózgu znajdowało się ognisko wielkości fasoli, umiejscowione w górnej części przedniego prawego zwoju środkowego. Podobne ognisko znajdowało się także w prawym płacie potylicznym. W samym środku mostka był umiejscowiony okrągły nowotwór o średnicy 2,5 cm., składający się z żółtawej, serowatej masy, uwarstwowionej dośrodkowo.

Drobnowidowo można było rozpoznać na skrawkach porządkowych, że proces ten gruźliczy rozpoczynał się już na wysokości jądra nerwu trójdzielnego, w okolicy którego były naczynia bardzo silnie rozszerzone. Tuż poniżej była cała tkanka silnie naciekłą i przesiąkłą masami serowatemi, które to rozszerzały się najbardziej w kierunku ku podstawie czaszki. Jądra nerwu twarzowego i nerwu prostego zewnętrznego nie dały się na skrawkach wykazać. W mózgu sięgały te zmiany aż do piramid.

W przypadku tym były zatem obie pary mięśni zewnętrznych i wewnętrznych całkowicie porażone, przyczem była utrzymaną zbieżność ócz. Wynik sekcyi, w której wykazać się dał zupełnie

symetryczny kształt i położenie ogniska chorobowego, tłómaczy nam dosadnie brak jakichkolwiek zboczeń w położeniu gałek ocznych. *T. Bałłaban.*

XVI. *Przyczynek do anatomii zwojowych komórek siatkówki.* (Zur Anatomie der Ganglienzellen der Retina.) Dr Abelsdorff.

Autor badał komórki zwojowe siatkówki i nerwu wzrokowego u różnych zwierząt i u człowieka. W tym celu utrwalał on gałki oczne w 96% alkoholu lub 5—10% rozczynie formolu. Tak ustaloną i odpreparowaną siatkówkę zanurzał on w chloroformie, a następnie zatapiał w parafinie. Cieniutkie skrawki umocowywał na szkiełku, a po uwolnieniu ich od parafiny, barwił je od $^1/_2$—24 godzin nasyconym wodnym rozczynem czerwonej neutralnej barwy Ehrlicha *(Neutralroth)*. Po wypłukaniu nadmiernego barwika wodą przekroploną i po odwodnieniu skrawków w alkoholu absolutnym, zanurzał je w ksylolu, poczem zamykał preparaty w balsamie kanadyjskim z ksylolem. W ten sposób barwiły się w komórkach zwojowych ciałka Nissla czerwono, tkanka zaś pomiędzy niemi jednostajnie żółtawo. Ze względu na zajmujące i szczupłe po dziśdzień wyniki podobnych badań, przytoczę takowe u poszczególnych zwierząt. I tak u żaby rozróżnia autor co do wielkości dwa typy komórek zwojowych — większe i mniejsze. Większe z nich były ogółem ubogie w protoplazma, które okalało wielkie jednostajne jądro postaci pęcherza, w każdem zaś jądrze znajdywało się zawsze jedno ciałko jądrowe. Protoplazma samo miało postać trójkątnego wyrostka i zawierało w sobie małe, zupełnie równomiernie rozdzielone ciałka Nissla. Z tych to ciałek wystaje wyraźnie początek walca osiowego (Fig. I.). W mniejszych komórkach jądro nie było jednostajne i zawierało w sobie wielką ilość chromatyny, w bardzo zaś nielicznem protoplazma znajdywały się tylko poszczególne komórki Nissla (Fig. II.). Pomiędzy tymi dwoma typami były jeszcze postacie przejściowe, a także i takie komórki, w których, podobnie jak w komórkach wewnętrznej warstwy ziarnistej siatkówki, protoplazma było prawie niewidoczne. Podobne zachowanie się komórek zwojowych znałazł autor w siatkówce ropuchy *(Bufo vulgaris)* i jaszczurki *(Lacerta agilis)*.

Inne wyniki dało badanie komórek zwojowych u ryb *(Perca fluviantilis, Esox lucius)*. Okrągłe jądro, w którem jest umieszczone ciemno czerwone pęcherzykowate ciałko jądrowe, było otoczone bardzo wydłużonem protoplazma, w którem znajdywały się liczne złogi *(Schollen)* w kształcie ziarn lub pręcików, pomiędzy zaś nimi była tkanka żółtawo zabarwiona. Tylko miejsce wyjścia walca osiowego

pozostało wolne od tych złogów (Fig. III.). U ptaków były złogi większe, nierównomiernie w ciele komórki rozdzielone i o różnym kształcie, po większej części zaś trójkątnym. W podobnem do elipsy jądrze znajdywały się nieliczne czerwone ziarna chromatyny. Okrągłe ciałko jądrowe było o jednostajnej czerwonej barwie (Fig. IV.) U psa było ciało komórki wypełnione licznemi zbitemi ciałkami Nissla, które, mając różną postać, były miejscami na brzegu ząbkowane i posiadały cieniutkie wypustki. Te ciałka Nissla, które się znajdywały w samych wypustkach protoplazmy, były odpowiednio do kształtu wypustek wrzecionowato wydłużone. Wielkie ciałko jądrowe zawierało się w jądrze, obok zaś niego były nieliczne ziarna chromatyny (Fig. V.). Podobnie zachowywały się komórki zwojowe i u innych zwierząt ssących, jak: królika, kota, świni i cielęcia.

Fig. VIII. przedstawia komórkę zwojową u człowieka.

Widzimy, że i tutaj jest początek walca osiowego wolny od ciałek Nissla. W protoplazmie znajdują się czerwone złogi, znacznie mniejsze, aniżeli u psa i królika.

Owalno okrągłe jądro zawiera w sobie ciemnoczerwone ciałko jądrowe o zatartych granicach.

W końcu swej pracy, której zadaniem było wykazać różnorakie umiejscowienie i różne postacie złogów w protoplazmie komórek zwojowych u różnych rodzajów zwierząt i u człowieka, a która jest bardzo cennym przyczynkiem i uzupełnieniem podjętych w tym kierunku prac Bacha i A. Birch-Hirschfelda, zajmuje się autor pytaniem, czy komórki zwojowe zmieniają swą postać w czasie spoczynku i pracy.

Rozumie się, że, mówiąc o spoczynku komórek zwojowych, możemy mieć na myśli li tylko ich względny spoczynek, gdyż u zwierzęcia widzącego, tem bardziej u człowieka, nie jest pole widzenia nigdy zupełnie ciemne, i to nawet w bardzo ciemnej przestrzeni, — co też Helmholtz nazwał *„Eigenlicht der Netzhaut“*.

Pytanie to starał się autor rozwiązać przez badanie 3—4dniowych królików, u których szpara powiekowa była jeszcze zamknięta i u których czopki i pręciki siatkówki nie były jeszcze wykształcone. Przekonał się przytem, że pomimo, iż komórki zwojowe były w tym czasie zupełnie już wykształcone i zawierały w sobie jądro z ciałkiem jądrowem, były one jednak znacznie mniejsze od komórek u zwierzęcia wyrosłego, a zarazem były złogi w protoplazmie zupełnie odmiennie ułożone, gdyż były one miejscami obficie nagromadzone, podczas gdy inne miejsca protoplazmy były od nich zupełnie wolne. *T. Bałłaban.*

XVII. *O zastrzykiwaniach podspojówkowych akoiny.* (Ueber subconjunctivale Einspritzungen mit Acoin.) Dr G. Hirsch.

Autor zaleca $1^0/_0$ rozczyn akoiny, jako bardzo dobry środek znieczulający przy operacyach na gałce ocznej, przecięciu rurki łzowej i t. p. Główna wartość tego środka ma polegać w jego wielkiej zalecie, że, nie wywołując objawów zatrucia, działa on silniej i pewniej znieczulająco od kokainy. Szczególniej podnosi autor dodatni wpływ tego środka przy wstrzykiwaniach podspojówkowych $5^0/_0$ rozczynu soli kuchennej i $^1/_{30}$—$^1/_{20}{}^0/_0$ rozczynu hydrargyrum cyanatum, które stają się zupełnie niebolesne przy równoczesnej domieszce do nich rozczynu akoiny i poprzedniem znieczuleniu gałki ocznej tym środkiem. Doświadczenia swe w tym kierunku popiera autor przytoczeniem kilku historyi chorób [1]). *T. Bałłaban.*

XVIII. *Przyczynek do historyi leczenia ócz.* (Historischer Beitrag zur Augenheilkunde.) Dr Fukala.

W pierwszej części swej rozprawy podnosi autor zasługę Arabów na polu okulistyki. Lekarz arabski Averrhoës miał być pierwszym, który już w XII. stuleciu uznał siatkówkę za część, odbierającą wrażenia świetlne.

W drugiej części opisuje on początek i historyę rozwoju beladony jako środka leczniczego w okulistyce, którym posługiwano się jako t. zw. mandragorą jeszcze w czasach przed narodzeniem Chrystusa. Umiejętnie i ze świadomością rzeczy poczęto jej używać dopiero przy końcu wieku XVIII. i to przedewszystkiem przy operacyach zaćmy i zapaleniu tęczówki, a pierwszym, który ją wprowadził do okulistyki, miał być Richter, a nie Himly, jak to dotychczas powszechnie sądzono. *T. Bałłaban.*

O pochodzeniu cieczy wodnej. (Ueber die Quellen des Kammerwassers.) Dr Hamburger z Berlina. (»Klin. Monatsblatt« 1900. XII.)

Na podstawie prac Lebera i jego uczniów ogólnie przyjętem jest zapatrywanie, iż wszystką ciecz wodną wydziela ciałko rzęskowe. Przeciw temu zapatrywaniu wystąpili między innymi: Ehrlich, Schmidt-Rimpler i Michel, którzy też i przednią ścianę tęczówki uważają za organ, wydzielający ciecz wodną. Hamburger przyłącza się do tych ostatnich i na podstawie własnych i innych

---

[1]) Nie podlega wątpliwości, że znakomite wyniki lecznicze zastrzykiwań podspojówkowych sprowadziły leczenie wielu chorób ocznych na zupełnie nowe tory. Jeżeli po dziś dzień jeszcze nie zajdują one tak licznego zastosowania, na jakie zasługują, to powodu tego należy szukać głównie

doświadczeń, przeprowadzonych na królikach, a ogłoszonych już po części w r. 1898, polemizuje z zapatrywaniami Lebera, wreszcie dochodzi do następujących wniosków:

1. Nie ulega wątpliwości, iż ciecz wodna odpływa ustawicznie z przedniej komory.

2. Również pewnem jest, iż nie ma żadnego stałego dopływu tejże z tylnej komory do przedniej, gdyż w prawidłowych warunkach istnieje t. zw. fizyologiczne zamknięcie źrenicznego otworu.

3. Regeneracya jednak cieczy przy nagłem opróżnieniu komory wychodzi z ciałka rzęskowego. Ciecz wtedy powstała nie odpowiada wytworzonej w fizyologicznych warunkach, gdyż zawiera niezwykle dużą ilość białka i włóknika.

4. Fizyologiczne zamknięcie źrenicy nie jest wcale hermetycznem, lecz raczej wentylowem, więc może się nieraz otworzyć: a to dzieje się najprawdopodobniej przy maksymalnem rozszerzeniu źrenicy, na pewne zaś przy zapaleniach tęczówki i ciałka rzęskowego, a może także przy każdem silniejszem przekrwieniu oka. Utrzymuje się ono atoli zawsze tam, gdzie źrenica jest średnio szeroką lub wązką, a więc w czasie pobytu w jasno oświetlonych miejscach, przy wytężeniu akomodacyi przez pracę z blizka, przy zapuszczaniu ezeryny, u nowonarodzonych dzieci, a głównie też we śnie.

5. W prawidłowych tedy warunkach dostarcza ciałko rzęskowe cieczy dla utworów, znajdujących się poza tęczówką, a ciecz wodna w głównej swej masie jest wytworem przedniej ściany tęczówki, a nie ciałka rzęskowego. *Dr Gruszkiewicz.*

Rozwój zaćmy wskutek malaryi. W. Krajski. (»Wiest. Oft.« 1900. Z. VI.)

Dr K., praktykujący w Besarabii, spostrzegał 4 przypadki zaćmy, rozwiniętej u dzieci w wieku od $5^1/_2$—16 lat. Jeden z małych chorych zmarł bez operacyi, u trzech wykonaną była z powodzeniem dyscysya. Zaćmy były miękkie, jednocześnie w obu oczach. Dzieci dobrze widziały do czasu kacheksyi malarycznej, którą autor obwinia jako przyczynę wytworzenia się obustronnej zaćmy, przypominającej dyabetyczną jej postać. Tworzyły się one jednocześnie

---

w ich wielkiej bolesności. Nie przesądzając dobrego skutku akoiny, który autor podnosi, muszę zauważyć, że, będąc wielkim zwolennikiem tych wstrzykiwań, stosuję je zawsze w połączeniu z 2% rozczynem kokainy, i to w ten sposób, że przy wstrzykiwaniach solnych mięszam 8 części 7,5% rozczynu soli z 2 częściami 2% kokainy, przy wstrzykiwaniach rtęciowych zaś używam równych części płynu służącego do wstrzykiwań i 2% kokainy. W ten sposób stosowane przeze mnie od lat kilku wstrzykiwania są zupełnie niebolesne. *Przyp. Ref.*

i w jednakim stopniu były dojrzałe. Znajdujemy w tej rozprawie kilka przytoczeń, z których widzimy, że obwiniano w tworzeniu się zaćmy chorioretinitis palustris. lecz jej u chorych Dra K. wcale nie wykryto. *Dr J. T.*

Przyczynek do topografii gruczołu łzowego i cewkowo-groniastych gruczołów powiek u człowieka. (Zur Topographie der Thränendrüse und tubulo-acinöser Drüsen der Augenlider des Menschen.) Dr M. Hočevar. (»Wien. Med. Wochenschrift.« 1900. Nr. 49 i 50.)

Nowsze badania wykazały, że położenie, postać i wielkość gruczołu łzowego nie tylko u poszczególnych ludzi jest rozmaita, ale i u tego samego osobnika na obu oczach różna. To skłoniło autora do bardzo szczegółowego zbadania topografii wszystkich gruczołów powiekowych.

Badania drobnowidowe wykazały, że tkanka gruczołu łzowego znajduje się nie tylko w luźnej tkance podspojówkowej górnego i dolnego załamka, ale także i w tkance podskórnej w okolicy canthus ext. górnej i dolnej powieki, nie przechodząc jednak linii środkowej szpary powiekowej. Zraziki tkanki gruczołowej tworzą oprócz zbitej masy dwóch gruczołów łzowych, zazwyczaj małe grupki lub rzędy, rozmieszczone na wyżej wzmiankowanej przestrzeni i posiadające każdy osobne przewody, które uchodzą do skroniowej części worka spojówkowego.

Zwróciwszy uwagę na wiek w swoich 10ciu badanych przypadkach, stwierdza autor, że u dzieci przestrzeń, na której rozsiane są te elementa gruczołowe, jest mniejsza, niż u dorosłych.

Do gruczołów łzowych są podobne pod względem budowy histologicznej gruczoły groniasto-cewkowe, okrągławe lub graniate, leżące w tkance podspojówkowej, między chrząstką a spojówką tuż przy gruczołach Meiboma lub między nimi, i mające swe ujścia między brodawkami spojówki. Są one do gruczołów łzowych w takim stosunku, jak w jamie ust podobne budową gruczoły do ślinianek. *Dr Łuniewski.*

Przyczynek do znajomości nerwowych dróg okoruchowych w mózgu. (Contribution à l'étude des voies centrales des nerfs moteurs de l'oeil.) Dr J. Piltz. (»Revue Neurologique«.)

Dr Piltz przeprowadził w r. 1898 w zürichskim zakładzie fizyologicznym na psach i królikach doświadczenia, polegające na wyszukiwaniu w korze mózgowej okolic, których drażnienie wywołuje oddzielne skurcze poszczególnych mięśni ocznych. Znalezione w ten sposób ośrodki autor wycinał, a po pewnym czasie podda-

wał mózg badaniu drobnowidowemu, śledząc na szeregach skrawków przebieg włókien nerwowych, które uległy następowemu zwyrodnieniu. U psa istnieją trzy korowe ośrodki okoruchowe: jeden z nich położony jest w tylnej części kory płatu czołowego, drugi w korze drugiego, pierwotnego zakrętu płatu ciemieniowego, a trzeci, dawno już znany w korze płatów potylicznych. Autor ograniczył swe badania do dróg nerwowych, które łączą obydwa pierwsze ze wspomnianych ośrodków ze zwojami podstawowymi mózgu. Po wycięciu ośrodka czołowego zwyrodnienie włókien nerwowych dało się wyśledzić w *corpus callosum, capsula interna, lamina medullaris interna nuclei lenticularis*, wreszcie w *stratum intermedium pedunculi cerebri*. Po wycięciu ośrodka ciemieniowego uległy zwyrodnieniu włókna przebiegające w zakrętach sąsiednich, w *cingulum*, w szarej istocie, leżącej ponad górną ścianą bocznej komory mózgu, w *corpus callosum* — i dążące przez *capsula interna* i *pedunculi cerebri* do *corpus quadrigeminum anterius*. *Dr K. W. Majewski.*

Przypadek zaćmy warstwowej wskutek urazu. (Ueber einen Fall von Schichtstar bei Trauma.) Dr Ch. Merz-Weigandt z Gracu. (»Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde«. 1900. December.)

Autor przytacza przypadek zaćmy warstwowej, która powstała u mężczyzny 31 lat liczącego przez uderzenie batogiem w prawe oko. Po tem uderzeniu pozostawało to oko przez 10 dni pod opaską, a lekarz, do którego się chory udał, stwierdził w niem krwotok. Po usunięciu opaski było upośledzenie wzroku widoczne; z czasem jednak polepszył się wzrok. Po upływie pół roku zaczął znowu wzrok słabnąć na tem oku i to bez wiadomej przyczyny i bez objawów zapalnych.

Przy badaniu było widać 2 mm. długą bliznę na dolno zewnętrznym brzegu rogówki oka prawego. Odpowiednio do tej blizny znajdywała się w tęczówce szpara, powstała po urazie. Soczewka była w środku zmętniałą na sposób zaćmy warstwowej, przyczem dno oka, badane wziernikiem, przeświecało czerwonawo. Po rozszerzeniu źrenicy atropiną było widocznem, iż obwodowa część soczewki była przezroczystą, a przez nią można było dokładnie widzieć dno oka. Bystrość wzroku pr. oka = palce na odległość $^3/_5$ m.

Że zaćma ta powstała wyłącznie wskutek urazu, przemawia zdaniem autora ta okoliczność, iż chory był przedtem doskonałym strzelcem. Przyczyny jej powstania szuka on w pęknięciu ciałka rzęskowego wskutek urazu i w spowodowanym niem skurczu tegoż. Wywołane tem zmiany patologiczne w ciałku rzęskowem musiały wpłynąć ujemnie na odżywienie soczewki, a tem samem wywołać zaćmę. Autor powołuje się także na teoryę Arlta, według której

powodują drgawki zwiotczenie kory soczewki od jądra, czego następstwem jest jej zmętnienie. Za teoryą Arlta w tym przypadku przemawia ta okoliczność, iż wstrząśnienie było tak silne, że chory był po urazie nieprzytomnym. *Dr Gruder.*

Zniesienie odruchów źrenicznych w związku ze zakażeniem kiłowem. (De l'abolition de réflexes pupillaires dans ses relations avec la syphilis.) Dr Babiński i Dr Charpentier. (»Annales de Dermatologie et Syphiligraphie«. 1899.)

W pracy tej starają się autorowie wykazać, że trwałe zniesienie odruchów źrenicy na światło w przypadku, gdzie ani w oku samem, ani w nerwie wzrokowym zmian wykazać nie można, stanowi objaw, który wskazuje, jeśli nie z pewnością, to z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem na zakażenie kiłowe. Zwłaszcza w tych razach, gdzie źrenica, zwężająca się bardzo dobrze przy konwergencyi, na światło nie oddziaływa zupełnie i gdzie równocześnie w żadnej z gałązek nerwu okoruchowego nie można wykazać zaburzenia, — podejrzenie kiły jest bardzo uzasadnione. Na takiem rozdwojeniu odruchu źrenicznego polega właśnie jeden z najczęstszych objawów wiądu rdzenia pacierzowego, to jest objaw Argyll-Robertsona. Wiadomo zaś już niemal na pewne, że wiąd rdzenia jest niewątpliwem następstwem kiły. Ponieważ podobne zachowanie się źrenicy daje się spostrzegać również w przebiegu porażenia postępowego, które tak jak i wiąd pozostaje w niezaprzeczonym związku z przebytą kiłą, przeto autorowie wyrażają przypuszczenie, że samo zakażenie kiłowe stanowi bezpośrednią przyczynę tego zniesienia odruchu źrenicznego. Przytaczają oni trzy szeregi spostrzeżeń, potwierdzających to ich zapatrywanie. Pierwszy szereg przypadków odnosi się do chorych, u których niewątpliwie stwierdzoną została kiła wrodzona, w drugim szeregu umieścili przypadki kiły nabytej, a w trzecim przypadki kiły wątpliwej. We wszystkich tych spostrzeżeniach, — a jest ich 18, — zachowanie źrenicy było znamienne, podczas, gdy pomimo długiego okresu spostrzegania nie zauważono żadnych innych objawów wiądu, porażenia postępowego lub kiły mózgowej. Autorowie skłaniają się do przypuszczenia, że przypadki takie należy uważać za poronną postać lub wczesny okres wiądu rdzeniowego, porażenia postępowego, lub kiły mózgowej. Do lepszego uzasadnienia związku między kiłą, a zniesieniem oddziaływania źrenicy na światło mogą się jeszcze przyczynić syfilodologowie, śledząc bacznie zachowanie się źrenicy także i we wcześniejszych okresach kiły. —

Dr K. W. Majewski.

O migrenie wraz z powrotnem porażeniem nerwu okoruchowego. (Ueber Migräne mit recidivirender Augenmuskelähmung). Dr W. Seiffer. (»Berliner Klin. Wochenschrift«. 1900. Nr 30.)

Bogatą już dziś literaturę tego przedmiotu powiększył Dr Seiffer jeszcze jednym kazuistycznym przyczynkiem, który może posłużyć do wyświetlenia związku, jaki zdaniem jego ma istnieć między powrotnem porażeniem nerwu okoruchowego a zwyczajną pierwotną migreną. Möbius, który jeden z pierwszych skreślił dokładny obraz kliniczny w mowie będącego cierpienia, zaprzeczył istnienia takiego związku. Do zdania tego przyłącza się między innymi Strzemiński, którego praca o powrotnem porażeniu nerwu okoruchowego została streszczoną w poprzednim zeszycie »Postępu Okulistycznego« (str. 32). Natomiast wedle Charcota i jego szkoły związek choroby tej z migreną nie da się zaprzeczyć; stąd francuska nazwa cierpienia: *„migraine ophthalmoplégique"*. Przypadek Dra Seiffera dotyczy 49letniego tapicera dziedzicznie obciążonego, który od 8mego roku życia doznawał często powracających napadów typowej migreny. Dopiero w 40stym roku życia zauważył, że przy powtarzających się wciąż napadach bólu głowy zaczynają się pojawiać także oczne zaburzenia, mianowicie opadanie górnej powieki lewego oka, zez rozbieżny i dwuwidzenie. Porażenne te objawy mijały początkowo z chwilą ustania bólu głowy, potęgowały się jednak od napadu do napadu, a po dwóch latach porażenie nerwu okoruchowego z okresowego i częściowego zamieniło się na stałe i zupełne. W tym stanie chory przedstawił się autorowi. — W przypadku tym nie da się zaprzeczyć wzajemna zależność migreny, przez długi szereg lat występującej, z powrotnem porażeniem ocznem, które się do niej wreszcie przyłączyło. —

Dr K. W. Majewski.

Zawrót głowy, wywołany okularami, przepisanemi po operacyi zaćmy. (Ueber aphakischen Gesichtsschwindel.) Dr L. Königstein z Wiednia. (»Wiener Medicinische Presse«. 1900. Nr 27.)

Pod powyższym tytułem podał Docent Klein (Bäringer) niedawno we »Wien. Med. Presse« opis przypadku, gdzie po operacyi zaćmy u pewnej długą chorobą wycieńczonej kobiety przepisane szkła wywoływały tak silny zawrót głowy, że noszenie ich stało się niemożliwem. Klein uważa przypadek ten za nadzwyczajną rzadkość i tłómaczy powstanie zawrotu pryzmatycznem działaniem obwodowych części wypukłego szkła okularów. Dr Königstein w wyżej przytoczonym artykule oświadcza, że w praktyce swej niejednokrotnie przypadki podobne spostrzegał i dla przykładu przytacza dwa spostrzeżenia bardzo zresztą do siebie podobne, w których również

z powodu silnego zawrotu głowy noszenie szkieł, przepisanych po operacyi zaćmy, było wprost niemożliwe, pomimo, że okulary te dawały operowanym bardzo dobrą bystrość wzroku. U obydwu swych chorych zauważył autor szczególną sztywność w trzymaniu głowy, co zdaniem jego miało ten skutek, że gałki oczne musiały wykonywać wydatniejsze ruchy, niż to czynią zwykle przy patrzeniu w dół, w bok lub w górę, gdy równocześnie głowa w całości odpowiednio się zwraca. Z tego powodu łatwiej zdarzyć się może, że oś widzenia przechodzi przez obwodowe części silnego szkła wypukłego, gdzie ono działa wybitnie pryzmatycznie. Łatwo wywnioskować, że w tych warunkach oko przy patrzeniu w dół doznaje złudzenia, jakoby podłoga znajdowała się niżej, niż jest w istocie. (Przy szkle wklęsłem rzecz ma się przeciwnie). Stąd niepewny chód i bardzo niemiłe uczucie zawrotu. *Dr K. W. Majewski.*

Przyczynek do skaleczeń oka. A) Pęcherzyk powietrza w soczewce. B) Zapalenie urazowe twardówki. (Ein Beitrag zu den Verletzungen des Auges. A) Luftblase in der Linse. B) Scleritis traumatica.) Dr L e v y z Montrealu (Kanada), obecnie w Rostocku. (»Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde«, 1900. XII.)

A). Odłamek żelaza przebił przez rogówkę, soczewkę aż do dna oka, gdzie wywołał krwotok, a jako ślad drogi przebytej pozostawił 1—2 mm. długą, gładką, linearną rankę w rogówce i takąż w przedniej i tylnej torebce soczewkowej, a ponad to w środku soczewki okrągłe, silnie światło łamiące ciało, wielkości ziarnka konopi, które niczem innem nie było, jak tylko bańką powietrza. — Przypadek ten jest pierwszym w literaturze, gdyż opisywano dotychczas bańki powietrza tylko w ciałku szklistem przy przedziurawieniach twardówki i w przedniej komorze przy przebiciach rogówki. Znamionującemi przytem były następujące objawy: 1. metaliczny połysk tej bańki, który mógł wprowadzić w błąd przy rozpoznaniu; 2. postać jej okrągła, podczas gdy powietrze zwykło się przystosowywać do otoczenia; i 3. okoliczność ta, iż dopiero szóstego dnia znikło ono zupełnie, a więc powoli ulegało wessaniu, gdyż zwykle znika powietrze już po kilku godzinach: jest nowym dowodem bardzo powolnej przemiany materyi w soczewce.

B). Rana, powstała w spojówce gałkowej przez uderzenie czemś nieznanem w czasie rąbania drzewa, wywołała powierzchowne nekrotyzujące zapalenie twardówki, które, wędrując, zajęło całą gałkę, mimo leczenia. Zapalenie to było pierwotnym objawem chorobowym oka. Zarazek pozostał nieznanym, mimo badania. Wyleczenie nastąpiło po 4 miesiącach. *Dr Gruszkiewicz.*

Krótkowzroczność i jej leczenie. Dr Ettinger. (Pam. Tow. Lek. T. XCVII. Z. III.)

Autor, zastanowiwszy się nad patogenezą krótkowzroczności, co do której pod względem podziału zgadza się z poglądem Stillinga, omawia ogólne profilaktyczne, hygieniczne, jakoteż i terapeutyczne zabiegi, zmierzające do powstrzymania pierwszego jej rodzaju t. zw. krótkowzroczności z przystosowania. Co do drugiego rodzaju, to jest myopii postępującej, to w celu jej leczenia wytworzyła się metoda operacyjna, która, dzięki pracom Fukali i Vacher'a, znalazła szeroki rozgłos i wielu zwolenników.

Omówiwszy sposób wykonania, zwraca autor uwagę, że przy zabiegu baczyć należy na stosunek stopnia myopii do wieku chorego, na bystrość wzroku, ogólny stan osobnika, jego stanowisko społeczne i na indywidualność danego wypadku krótkowzroczności i jej przebiegu postępowego.

Leczenie operacyjne wysokich stopni myopii jest dla wielu chorych pożądanym postępem; zyskują bowiem polepszenie bystrości wzroku na odległość, które zależy po części od zmiany warunków załamania promieni świetlnych, po części zaś od funkcyonalnej działalności siatkówki; ustaje nadmierne naprężenie konwergencyi, widzenie obuoczne na blizką odległość staje się możliwem i, co najgłówniejsze, usuwa się skurcz akomodacyi.

Określenie stopnia refrakcyi, którą po zabiegu otrzymamy, pomimo badań Bihlera, metody Ostwalta i Hirschberga, tablic Brudzewskiego, jest niemożliwe.

Niebezpieczeństwa operacyi nie są większe od niebezpieczeństw, z jakiemi połączoną jest każda operacya zdjęcia zaćmy. W czasie zaś pooperacyjnego przebiegu oko tem mniej jest narażone na zapalne reakcye i powikłania, im ostrożniej wykonano zabieg i im więcej uda się utrzymać w granicach reakcyjne pęcznienie soczewki. Na sprawę wessania mas soczewkowych niemało wpływa diureza.

»Jeżeli wyniki operacyi — kończy autor — są stosunkowo gorsze, to tylko dlatego, że mamy tu do czynienia z okiem *in toto* chorem i mniej odpornem. Tem więcej będziemy też przed wykonaniem zabiegu mieć na uwadze możliwe *pro* i *contra* i nie operując bez rozważnego wyboru, znacznie zmniejszymy wyniki ujemne«.

Dr Łuniewski.

Przyczynek do nauki o „amblyopia ex anopsia". (Ein Beitrag zur Lehre vom Verlernen des Sehens.) Prof. T. Axenfeld z Rostocku. (»Klin. Monatsblatt f. Augenheilk.« 1900. Beilageheft.)

Wielokrotne doświadczenie wykazuje, że osoby dotknięte zaćmą wrodzoną po dokonanej operacyi widzą niejednokrotnie bardzo mało, a czasem okazują tak zwaną jasną ślepotę (to samo, co *„See-*

lenblindheit"), to znaczy, że, jakkolwiek widzą otaczające przedmioty, to jednak nie są w stanie nic rozpoznać, nie posłużywszy się innymi zmysłami, n. p. zmysłem dotyku lub słuchu. Podobny stan spostrzegano już nieraz także u dzieci po długotrwałym skurczu powiek *(blepharospasmus),* wywołanym przez światłowstręt [1]). Jeśli człowiek dorosły ociemnieje z powodu zaćmy, to operacya choćby po kilkunastu latach szczęśliwie wykonana przywraca mu wzrok zupełnie prawidłowy. Sławnym pod tym względem jest przypadek A. Graefego, gdzie po operacyi zaćmy, istniejącej od lat 60ciu, t. j. od wczesnej młodości, operowany odzyskał dobrą bystrość wzroku. Że jednak u 6letniego dziecka, które poprzednio miało wzrok zupełnie dobry i doskonale już rozeznawało różne przedmioty, może pod wpływem ślepoty, zaćmą wywołanej, wytworzyć się po operacyi stan taki, jak u ślepych od urodzenia, tego dowodzi nader ciekawe spostrzeżenie prof. Axenfelda.

Dziewczynka 6letnia, umysłowo jak na swój wiek bardzo rozwinięta, wątłej jednak budowy ciała, zaczęła wkrótce po rozpoczęciu nauk szkolnych uczuwać wzmagające się osłabienie wzroku. Stopniowo zaniewidziała zupełnie. Gdy w rok potem rodzice przywieźli ją do Rostoku, prof. Axenfeld stwierdził u lewego oka zejście przewlekłej *iridocyclitis* z następową zaćmą, oraz brak wszelkiego poczucia światła. U prawego oka znalazł, oprócz obwodowych plam na rogówce, tęczówkę zanikłą i do zmarniałej, zaćmionej, kredowo białej soczewki przyrosłą. Prawe oko miało jednak dobre poczucie światła i dobrą projekcyę.

Zniewolony prośbami rodziców dziecka, prof. Axenfeld, mimo niekorzystnych warunków i powikłań, wykonał na prawem oku operacyę, zapomocą której powiodło mu się uzyskać zupełnie czarną źrenicę. Badanie wziernikiem wykazało prawidłowe dno oka, Dziecko jednak, nawet po założeniu odpowiedniego szkła wypukłego. utrzymuje, że nic zgoła nie widzi, i zachowuje się też tak, jak gdyby było zupełnie ślepe: idąc, potrąca o krzesła, potyka się na progu, oryentuje się wyłącznie za pomocą obmacywania otaczających przedmiotów, rodziców poznaje jedynie po głosie, nie umie nazwać najbardziej znanych rzeczy, chociażby z blizka pokazywanych, dopóki się ich rękami nie dotknie i t. d. Stan ten jednakowoż nie trwa długo. Pod wpływem codziennie powtarzanych ćwiczeń zaczyna zrazu wodzić oczyma za jasnymi, błyszczącymi przedmiotami, później rozpoznaje już nóż, widelec, nożyczki, które jej

[1]) O różnych sposobach tłómaczenia tego rodzaju ślepoty por. streszczenie pracy prof. Baasa: »Cerebrale Amaurose nach Blepharospasmus«, »Postęp Okulistyczny«. 1899, str. 151.

poprzednio kilkakrotnie naprzód pokazano, a potem dano do ręki; po upływie pewnego czasu poznaje własną twarz w lusterku, znachodzi oczyma pióro stalowe na stole, a nawet igłę, co stanowi dowód, że bystrość wzroku musi być przecież wcale dobra. Stosunkowo najtrudniej przychodzi jej poruszać się w pokoju wśród porozstawianych mebli, gdyż rozpoznaje je dopiero całkiem z blizka. Autor opisuje szczegółowo, jak u dziecka tego wracała stopniowo utracona zdolność widzenia, jak każdy dzień wzbogacał u niej zasób wrażeń wzrokowych, ulegających już uświadomieniu. Po upływie sześciu tygodni od chwili operacyi dziewczynka mogła już na nowo rozpocząć przerwaną naukę szkolną. Vpo = palce: 5 m. Z blizka grubszy druk przez + 18 D. Pole widzenia zupełnie prawidłowe. Natomiast daje się wykazać mały stopień hemeralopii.

Dr K. W. Majewski.

O doświadczalnie wywołanym objawie źrenicznym przy porażeniu postępowem. (Experimentell erzeugter reciproker Wechsel der Pupillendifferenz bei progressiver Paralyse.) Dr Piltz. (»Neurol. Centrbl.« 1900. Nr. 10 i 11.)

Jako przyczynek do zawiłego unerwienia tęczówki podaje autor objaw źreniczny, dający się wywołać przy porażeniu postępowem. Z pomiędzy 7iu przypadków u dwóch paralityków po kilkakrotnym po sobie następującym dobrowolnym silnym skurczu powiek przyszło do przeciwnej zmiany nierówno rozszerzonych źrenic. U drugich, jakkolwiek ten objaw nie dał się wywołać, można było jednak spostrzedz podobny przy zmianie oświetlenia lub akomodacyi. Z tego wnosi autor, że

1. Istnieje wrodzona różnica szerokości źrenic, którą można dobrowolnie zmienić, pod warunkiem, że odczyn źrenicy na zbieżność i na światło na obu oczach jest różny.

2. Przy porażeniu postępowem zdarzają się przypadki, w których doświadczalnie można zmienić szerokość źrenic: *a.* przez zmianę oświetlenia, gdy na przykład szersza źrenica oddziałuje na światło, węższa zaś nie lub leniwo; *b.* przez zmianę akomodacyi, gdy odczyn źrenic na akomodacyę jest po obu stronach różny przy źrenicach nieoddziałujących na światło; *c.* przez skurcz dowolny powiek, gdy działanie mięśnia obrączkowego jest wybitniejsze po stronie z szerszą, nieoddziałującą na światło źrenicą, niż po drugiej z węższą, oddziałującą.

3. Nieoddziałująca na światło źrenica może oddziaływać współczulnie.

4. Przez zasłanianie lub oświetlanie nieruchomej źrenicy w pewnych przypadkach można wywołać współczulne oddziaływanie drugiej, czułej na światło.

5. Z dwóch poprzednich ostateczny wniosek: że pomimo przerwy łuku odruchowego po jednej stronie współczulny odczyn źrenicy może być wywołany dzięki bezpośredniemu anatomicznemu połączeniu ośrodka dla włókien źrenicznych z jednej strony, z ośrodkiem zwieracza źrenicy po drugiej stronie. *Dr Łuniewski.*

Neurectomia optico-ciliaris przy glaucoma absolutum. S. Gołowin. (»Wiestnik Oftałmołogii«. 1900. Zeszyt VI.)

Autor zaleca tę operacyę przy absolutnej jaskrze w dwóch celach: 1. dla usunięcia bólów i 2. dla zachowania ślepego oka w celach kosmetycznych, co jest bardzo ważną rzeczą, osobliwie w niższej klasie. Neurektomię wykonuje od strony zewnętrznej, przecinając wraz ze spojówką mięsień prosty zewnętrzny; dobrze jest przytem zrobić kantoplastykę, która ułatwia wprawienie do oczodołu wypchniętej z niego krwią gałki. Tę ostatnią wyciąga nie haczykiem, lecz łyżeczką Welsa (używaną przy enukleacyi), wprowadzoną poza gałkę tak, żeby nerw wzrokowy dostał się w jej rozszczepienie. Dla zapobiegnięcia większemu krwotokowi używał on hemostatycznych małych obcążków Kochera; wprowadza je głębiej poza łyżeczkę i nakłada na naciągnięty nerw wzrokowy. Następnie między łyżeczką i obcążkami rozcina się nerw krzywemi nożyczkami; obcążki pozostają na tylnym odcinku nerwu, a gałka wywraca się tylnym biegunem ku przodowi, co ułatwia odcięcie sterczącego nerwu wzrokowego tuż przy twardówce; potem starannie opatruje się tylną część gałki i odcina się niteczki rzęskowych nerwów. Gałkę wprawia się na swoje miejsce i ranę spojówki zeszywa się, tak samo robi się i z zewnętrznym kątem powiek, jeśli bywa znaczny trzeszcz. Operuje się albo z chloroformem albo ze wstrzyknięciem 1% rozczynu kokainy poza gałkę. Na 14 przypadków autor raz tylko nie mógł wykonać tej operacyi, a zastąpił ją enukleacyą, wskutek wykrycia wielkich garbców w równikowej okolicy twardówki.

Osiąga on następujące wyniki: 1. U niektórych chorych dno oczne, niewidzialne przed operacyą, wyjaśniło się po operacyi. — 2. W dwóch przypadkach był silny krwotok do oczodołu, u jednej chorej powtarzał się on nawet do omdlenia 4 razy w ciągu miesiąca, co potrzebowało wprowadzenia palca dla oczyszczenia skrzepów, hemostatycznych obcążków i wstrzykiwań rozczynu solnego. — 3. Bóle znikały bezpowrotnie. 4. Gałka zachowała swą postać i ruchy; w celu zapobiegnięcia str. divergens, autor radzi nie zeszywać mięśnia. 5. Spojówka dość długo była obrzękłą i przekrwioną; przednie rzęskowe żyły rozszerzone. 6. Rogówka głównie znieczuloną była w środku; ani razu nie spostrzegano w niej mniej więcej głę-

bokich owrzodzeń, chyba tylko oddzielenie się nabłonka. 7. W dwóch przypadkach w komórce oka powstawał krwotok, powoli ulegający wessaniu. 8. Autor dość starannie przeprowadził badanie tonometryczne operowanych gałek, przekonał się on, że obniżenie śródocznego ciśnienia w takich razach trwa niedługo, najdłużej do dwóch tygodni; po 3—4 tygodniach zawsze znowu się podnosi, nie dochodząc jednak do takiej wysokości, jak przed neurektomią.

W dwóch przypadkach wykonano wskutek tego po neurektomii irydektomię, lecz skutek tej ostatniej był także tylko czasowy, śródoczne ciśnienie znowu się powiększyło. Dało to pochop autorowi do wypowiedzenia zdania: wszystkie nasze najsilniejsze środki i najenergiczniejsze operacye nie są w stanie przezwyciężyć raz ustalonego podwyższenia śródocznego ciśnienia. Tonometryczne badania w tych razach utwierdziły Dra G. w przekonaniu, że najprawdziwsza teorya jaskry jest naczyniowa, wskutek fizycznych zmian w ścianach naczyń ludzi starych; ma się rozumieć, nie możemy w tem odmówić i pewnego znaczenia nerwom. *Dr J. T.*

Blepharo-sphincterectomia, rękoczyn celem leczenia zapalenia rogówki jaglicowego i limfatycznego. (Blepharo-sphincterectomie, eine Operation zur Behandlung der Keratitis trachomatosa und scrophulosa.) Prof. Mulder z Groningen. (»Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde«. 1900. November.)

Rękoczyn ten wykonuje się w ten sposób, iż prowadzi się 2 mm. powyżej brzegu spojówkowego równolegle do tegoż jedno cięcie, a drugie znowu 2—4 mm. wyżej. Tak wycina się mały owalny płacik skórny. Zarazem usuwa się wszystkie włókna mięśnia okrężnego aż do chrząstki; ranę zaś zamyka się zwykłymi 2—3 szwami.

Autor poleca wykonywanie tego rękoczynu przy zapaleniach rogówki jaglicowych i limfatycznych. Przy jaglicy dlatego, iż 1. opadnięcie powieki i niezwykłe ciśnienie ustępują w ten sposób, a chorzy doznają ulgi, przyczem zajęcie spojówki goi się łatwiej przy użyciu zwykłych środków; 2. w ten sposób zapobiega się w większości przypadków powikłaniom ze strony rogówki, istniejące już zapalenie rogówki leczy się o wiele łatwiej, a nawroty się nie powtarzają; 3. usuwa się jedną z najgłówniejszych przyczyn powstania entropium. Przy zapaleniach zaś limfatycznych rogówki usuwa się w ten sposób skurcz powiek i wszystkie jego następstwa.

Autor wykonał ten rękoczyn w około 350 przypadkach w przeciągu 18 lat i zaleca go bardzo, dając mu pierwszeństwo przed t. zw. blepharo-chalazis Schwabego. *Dr Gruszkiewicz.*

O irydektomii w jaskrze (De l'iridectomie dans le glaucome). Abadie. (»Arch. d'ophtalmologie«. 1900. Novembre).

Że irydektomia daje znakomite wyniki w przypadkach jaskry ostrej, to jest ogólnie wiadomem; jak również w przypadkach jaskry zapalnej przyostrej lub przewlekłej. W przypadkach *glaucoma simplex* każda operacya na gałce samej jest przeciwwskazana, gdyż nie tylko nie jest skuteczną, ale wprost wywołać może wpływ szkodliwy na bystrość wzroku, względnie dalszy przebieg choroby. W tej chorobie nie powinno się wykonywać irydektomii, ale tylko wycięcie szyjnego *ganglion sympatici,* a operacya ta daje wyniki takie, jakich żadne inne leczenie dać nie może. Błędem jest stosować wycięcie *ganglii cervicalis* w razach jaskry zapalnej, ostrej czy przewlekłej. Narazie otrzymamy wprawdzie poprawę, ale ona nie jest trwałą. Nie powinno się też w tych przypadkach wycinać zwoju szyjnego, gdyż irydektomia łatwiej i pewniej do celu prowadzi. *Dr Brudzewski.*

O nieopisanej dotychczas chorobie zewnętrznego kącika powiek. (Ueber eine bisher nicht beschriebene Affection des äusseren Augenwinkels). Dr Kamil Hirsch z Pragi. (»Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde«. 1900. XI—XII.)

Autor przytacza dziewięć przypadków przewlekłego nieżytu pryszczykowego spojówki *(catarrhus follicularis),* którego częste nawroty widzi on w nieprawidłowym wroście rzęs górnej powieki w okolicy kącika zewnętrznego. A mianowicie w przypadkach tych rzęsy górnej powieki były skierowane prosto ku dołowi, pokrywając zaś kącik zewnętrzny, przechodziły prostopadle aż do dolnego załamka spojówki. W miejscu krzyżowania się tych rzęs z tylną krawędzią dolnej powieki powstawały przez to wgłębienia, otoczone ziarniną. Poza tem reszta rzęs miała prawidłowy kierunek. Po usunięciu rzęs szczypczykami, nieżyt spojówki powiek w krótkim czasie znacznie się polepszył; gdy zaś po miesiącu rzęsy napowrót wyrastać poczęły, autor usunął je elektrolizą. We wszystkich dziewięciu przypadkach opisana ta zmiana była obustronną, a leczenie polegało na usuwaniu rzęs szczypczykami, później zaś na zastosowaniu elektrolizy. W ten sposób stan się polepszał, a rowkowate wgłobienia na tylnej krawędzi brzegu powieki dolnej z czasem zupełnie znikały.

Autor podnosi brak wszelkich objawów, przemawiających za jaglicą, gdyż nie było ani śladu jakichkolwiek blizn lub przerostu brodawkowego na spojówkach. Jako dalszy ujemny moment przytacza autor brak ectropium i trichiasis lub distichiasis.

Przyczynę powyższych zmian widzi on najpierw w ukształtowaniu zewnętrznego kącika powiekowego, które wedle pomiarów

autora u różnych ludzi jest rożnem, a następnie w nieprawidłowem zachowaniu się rzęs w kąciku zewnętrznym, w którym prawidłowo rzęsy nie istnieją. Nadliczbowe takie rzęsy były we wszystkich 9 przypadkach skierowane na dół. Otóż przez skurcz mięśnia okrężnego powiek mogą się takie rzęsy zagiąć do dolnego załamka, a skoro one dla swej niezwykłej długości niełatwo wydostać się mogą, powodują z czasem opisany stan zapalny spojówki powiek, a to tem bardziej, że przez odruchowy skurcz mięśnia okrężnego powiek wciskają się rzęsy coraz głębiej.

Przypadki takie nie są częste[1]), a lekarze przeoczają je, gdyż fałszywie rozmieszczone rzęsy wydostają się na wierzch niepostrzeżenie przy roztwieraniu powiek. *Dr Gruder.*

Studyum krytyczne o enukleacyi, operacyach zastępczych oraz protezie (Etude critique sur l'enucléation les operations proposées pour la remplacer et sur la prothèse). Demaria. (»Archiv d'ophtalmol.« 1900. Septembre — Novembre.)

Duża praca, więcej statystyczna, oparta na materyale kliniki w Buenos-Ayres (29.398 chorych). Część pierwsza zawiera obszerne opisy przypadków, gdzie wykonano enukleacyę, oraz motywa wskazań i przeciwwskazań, — Nowych i nieznanych rzeczy wcale nam autor nie podaje, jak i w części drugiej nic oryginalnego nie znajdujemy, jeno tylko zebrane z literatury wszystkie operacye, zastąpić mające wyjęcie gałki. Niektóre tylko były wykonywane; inne, jak neurotomia i neurectomia, oraz evisceratio combinata (Mules), są tylko opisane. Więcej zajmujący jest rozdział, traktujący wyłącznie o protezie, a mianowicie w tych razach, gdy bądźto po wyjęciu gałki dla otrzymania większej ruchliwości oka sztucznego starano się w oczodole implantować różne ciała, bądźto, gdy bez tej implantacyi wszywano sposobem Schmidta mięśnie w spojówkę, aby w ten sposób ruchliwość protezy zwiększyć. Ostatni ten sposób podług D. nie daje wcale lepszych wyników, niż enukleacya zwykła. Co zaś do kulek ze szkła, używanych w miejsce gałki, celluloidu, metalu, dalej jedwabiu zwiniętego, lub też gąbek sterylizowanych, wszystkie te metody są bezskuteczne. Praktyka wykazuje, że jakieniebądź ciało obce, wszyte pod spojówkę, po dłuższym lub krótszym czasie zawsze się wydzieli — i dotychczas nie ma sposobu utrzymania go na stałe w oczodole. Należy zatem te metody odrzucić jako niepraktyczne, a przedłużające niepotrzebnie czas leczenia po enukleacyi. *Dr Brudzewski.*

---

[1]) Przeciwnie, przypadki takie są dość częste i dotyczą ócz o nieco dłuższej szparze powiekowej. *W.*

Wytworzenie się przetoki po operacyi zaćmy. Wyleczenie. (Fistelbildung nach Staaroperation. Heilung). Prof. Elschnig. (»Wien. Med. Wochenschrift«. 1900. Nr 49).

Opisawszy przypadek przetoki, powstałej po usunięciu zaćmy, podaje autor sposób, w jaki ją usunął; mianowicie przypalił ściany przetoki galwanokauterem i oddzieliwszy potem płat spojówki gałkowej, przykrył nim przetokę, przymocowując płat dwoma szwami. Ze względu zaś na rzadkość przypadku omawia przyczyny powstawania i skutki, jakie niezagojona przetoka w następstwie swojem pociągnąć może. (Sposób leczenia nie nowy, a opis przypadku i zabieg aż nadto przypomina pracę prof. Wicherkiewicza, zamieszczoną w »Postępie Okulistycznym«. R. I., Z. 1., gdzie też czytelnik wszystkie szczegóły znajdzie obszerniej opisane. *Przyp. ref.)*

Dr Łuniewski.

III. ROZMAITOŚCI.

Pityriasis rubra i przerost (hyperplasia) przybłonka rogówkowego. Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa dla dermatologii i syfilografii z d. 6 grudnia 1900. przedstawił Dr Kalt 10letnią dziewczynkę, okazującą *pityriasis rubra pilaris,* której początki sięgały pierwszych lat dzieciństwa. U dziecka tego obie rogówki przedstawiają zmiany, polegające w pierwszym rzędzie na nadmiernem bujaniu i przeroście warstwy przybłonkowej, a zatem przedstawiające pewne podobieństwo ze zmianami na skórze. Rogówka lewego oka okazuje ograniczone zgrubienie o średnicy 5 mm, a wystające ponad poziom części okolicznych o $^1/_4$ mm. Badanie histologiczne wykazało bardzo znaczny przerost warstwy komórek przybłonkowych i zastąpienie błony Bowmana tkanką łączną włóknistą. Tęczówka zdradzała ślady przebytego zapalenia. Na lewem oku powierzchnia rogówki pokryta jest cienką łuszczką, wśród której widać powierzchowne owrzodzenia. Srodek rogówki zajmuje podobne zgrubienie przybłonkowe, barwy białej, jak u prawego oka. Zgrubienie to ustąpiło pod wpływem stosowania maści żółtej. U lewego oka istnieją też ślady po zapaleniu tęczówki. (Według Sem. médicale). — *K. W. M.*

„Migraena ophthalmoplegica“ jako pierwszy objaw kiły mózgowej. Na posiedzeniu paryskiej „Société médicale des hôpitaux“, z dnia 14 grudnia 1900. podał Dr Lamy historyę choroby pewnej 26letniej kobiety, która cierpiała przez pewien przeciąg czasu na napady połowiczego bólu głowy, połączone z opadnięciem górnej powieki. Z czasem ból głowy stał się nieustającym, a wzmagał się zazwyczaj nocami. Równocześnie *ptosis* z przemijającej stała się trwałą. W tym

okresie można już było zauważyć u chorej pewne przytępienie władz umysłowych i utratę pamięci. Objawy te wskazywały na jakieś zboczenie organiczne na podstawie mózgu. Zupełne wyzdrowienie, osiągnięte w krótkim czasie zapomocą leczenia rtęciowego, dowiodło, że tłem cierpienia była kiła. Dla wyjaśnienia napadów migreny, którą choroba się rozpoczęła, przypuszcza Dr Lamy istnienie zaburzeń w krążeniu (przemijający skurcz tętnic mózgowych) przed wystąpieniem właściwych, organicznych zmian kiłowych. (Według Sem. médicale). — *K. W. M.*

Ostry samoistny obrzęk powiek. Na posiedzeniu paryskiej „Société médicale des hôpitaux", z dnia 30 listopada 1900 r., podał Dr Galliard opis ostrego samoistnego obrzęku powiek, jaki miał sposobność spostrzegać w dwóch przypadkach. Pierwszy z nich odnosi się do 4letniej dziewczynki, która w czasie pobytu nad morzem dostała po raz pierwszy silnego jednostronnego obrzmienia powiek bez równoczesnego zajęcia gałki ocznej, a nawet bez nastrzyknięcia spojówki powiekowej. Obrzęk ten ustąpił po upływie 24 godzin, ale po 6 tygodniach pojawił się znowu na tem samem oku. Potem jeszcze 6 razy ponawiały się nawroty cierpienia, a każdym razem obrzmienie powiek dochodziło do bardzo znacznych rozmiarów. Drugi przypadek dotyczy 3letniego dziecka płci żeńskiej, które po mocnem przeziębieniu się dostało najpierw ostrego zapalenia w prawym stawie kolanowym, potem wysypki guzkowej *(erythema papulosum)* na skórze kończyn dolnych, a po dwóch dniach bardzo silnego, samoistnego obrzęku powiek prawego oka. Dziecko wyzdrowiało zupełnie w ciągu dni dwunastu. — W rozprawach Dr Barié i Du Castel wyrazili przypuszczenie, że w przypadkach tych obrzęk powiek był miejscowym objawem zwyczajnej pokrzywki *(urticaria)*, spowodowanej prawdopodobnie przemijającem zaburzeniem w przewodzie pokarmowym[1]). — (Według Sem. médicale). *K. W. M.*

Zapalenie rogówki, spowodowane nitronaftaliną. Na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa lekarskiego, z dnia 28 listopada 1900, przedstawił prof. Silex chorego, okazującego miąższowe zapalenie rogówki, spowodowane zadrażnieniem oka przez gaz, wywiązujący się z nitronaftaliny. Cierpienie to znamionuje zaćmienie rogówki w głębokich warstwach, a prócz tego na jej powierzchni widać mnóstwo drobniutkich pęcherzyków, których dno prześwieca barwą szarą. Prof. Silex przestrzega przed użyciem maści żółtej Pagenstechera i podawaniem jodku potasu w tem cierpieniu oka. Jedynym sposobem usunięcia zmian jest jak najspieszniejsze usunięcie szkodliwego wpływu nitronaftaliny. W literaturze znane są jeszcze dwa podobne spostrzeżenia, opisane przez Fuchsa. — (Według Sem. médicale). —

K. W. M.

---

[1]) Albo też działaniem jakiego podanego leku, coby najwiecej przemawiało do naszego przekonania i odpowiada własnemu doświadczeniu. *W.*

III zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze odbędzie się od 25 do 29 maja b. r. Z przysłanego nam łaskawie zaproszenia i programu zjazdu dowiadujemy się, że uczestnicy zjazdu innych narodowości mogą przyjmować udział bądź jako rzeczywiści członkowie, którym przysługuje prawo wygłaszania odczytów, rozprawiania, podawania projektów w swym ojczystym języku, bądź też jako zwyczajni goście.

Wobec tego niedostateczna znajomość języka czeskiego nie powinna nas powstrzymywać od wzięcia udziału w zjeździe, a mamy to przekonanie, że polscy lekarze i przyrodnicy licznie stawią się do tego turnieju naukowego, nie tylko dla samej nauki, ale, by przy tej sposobności ścieśnić węzły przyjaźni z narodem bratnim, którego energię w pracy, celowość w przedsięwzięciach i solidarność w dążnościach cenić nauczyliśmy się.

Sekcyi będzie 9. Do IV. należą: ogólna i specyalna chirurgia, położnictwo, choroby kobiece, oczne, uszne, gardlane, nosowe, dalej dermatologia i syfilodologia.

Znane i sympatyczne nam osoby prezesa prof. Hlavy i gen. sekretarza Dr Veselego dają pewność, że pod takiem przewodnictwem zjazd ten w pięknej stolicy nad Wełtawą należeć będzie do najprzyjemniejszych i najświetniejszych.

Zgłoszenia odczytów przyjmuje Doc. Dr A. Vesely. Praga I. Nábřeži 14, składki zaś w kwocie 10 k. Doc. K. P. Kheil. Praga II. Myslíkova ul. 3.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Uhthoff we Wrocławiu mianowany t. radcą.

Dr Borzymowski, ordynator kliniki chirurgicznej warszawskiego uniwersytetu, otworzył w Warszawie przy ulicy Karmelickiej pracownię sterylizacyjną.

V. KRONIKA ZAŁOBNA.

Prof. Weiss zmarł w Heidelbergu.

VI. OD REDAKCYI.

Drowi J. T. w Lublinie: I my nie rozumiemy, a raczej nie chcemy się domyślać pobudek, które niektórych kolegów skłaniają do drukowania swych prac w czasopismach, przeznaczonych dla szerszego ogółu lekarzy, gdy artykuł treścią wyłącznie specyalistów zająć może. Powoli, miejmy nadzieję, obudzi się sumienie i zapał dla wspólnej pracy bez uprzedzeń. Proszę zachować nam i nadal życzliwość.